



**DOCUMENTOS DE TRABAJO de
Diseño y Gestión de Políticas de Salud
Nro. 2.**

**La Cuestion Territorial en las
propuestas de los organismos
internacionales de salud para
América Latina**

***Magdalena Chiara
Ana Ariovich***

LA CUESTIÓN TERRITORIAL EN LAS PROPUESTAS DE LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES DE SALUD PARA AMÉRICA LATINA¹

Magdalena Chiara
Ana Ariovich

PRESENTACIÓN

Aunque evidente en su materialidad, la relación entre salud y territorio es una encrucijada que ha sido escasamente visibilizada desde la mirada sectorial, que enfrenta el riesgo de opacar nuevas preguntas, aplanar matices y simplificar relaciones.

Distintas realidades interpelan esta relación. La incidencia de los factores socio ambientales en la salud de la población, las diferenciales condiciones de localización, la movilidad, son alguno de los problemas que llaman a aproximarnos a la cuestión sanitaria (también) desde un enfoque territorial, buscando no sólo localizar los procesos de salud – enfermedad sino también comprender sus relaciones recíprocas.

Con el interés de echar luz sobre estas relaciones, este trabajo hace un recorrido “desde adentro” de la política sanitaria, interrogando a las directrices de los organismos de cooperación en relación a *cómo ha ido apareciendo la cuestión territorial y cuáles han sido los actores jerarquizados en esa construcción.*

La importancia de este análisis radica en que estas orientaciones expresan modelos normativos y descriptivos que dialogan con las lógicas profesionales, legitimando prácticas y aportando modos de mirar la política sanitaria y el contexto en el que ésta opera.

Una mirada apresurada podría concluir que el territorio está ausente en la mirada sectorial de las orientaciones de la OMS/OPS. Sin embargo, el recorrido realizado en este trabajo muestra la aparición progresiva del territorio en los distintos planteamientos, desde la idea de “control militar” de mediados del siglo pasado expresado en los programas de erradicación de la viruela y la malaria, hasta los planteos más complejos de las redes de servicios de salud, dando cuenta de un proceso de construcción histórica y conceptual que vale la pena destacar e interrogar.

El trabajo comienza presentando los hitos más significativos de las propuestas de la OMS/OPS en los últimos sesenta años. Los “programas verticales”, la “APS”, la

¹ El trabajo se realiza en el marco de la investigación colectiva “El territorio en la agenda sanitaria: instrumentos y modos de articulación en el subsector público en el Gran Buenos Aires”¹ que comenzó a desarrollarse en el Instituto del Conurbano de la UNGS en el año 2010.

propuesta de los “SILOS”, “Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables”, “Determinantes Sociales de la Salud” (incluidas aquellas propuestas que abordan las cuestiones de “salud urbana”) y, por último, la propuesta de las “Redes Integradas de Servicios de Salud”, son las estaciones en las que se detiene el análisis.

Posteriormente y con base a este recorrido, el trabajo pone el foco en cómo fue emergiendo (más o menos explícitamente) la cuestión territorial y -bis a bis- la trama de actores que le da sustento, en el contexto general de América Latina y el Caribe. Interesa realizar esta reconstrucción no sólo para dar cuenta de las diferencias y matices existentes entre los distintos planteos, sino porque se trata de orientaciones que conviven en la práctica de los gestores como “horizontes de deseabilidad”, en su carácter normativo, y que además se convierten en marcos de análisis de investigaciones institucionales y académicas. Interrogar las nociones de territorio que subyacen a estas orientaciones, resulta entonces de vital importancia para problematizar la práctica y abonar a la comprensión de lo que sucede con las políticas sectoriales en la complejidad de los procesos de implementación.

Finalizando el recorrido, se destacan los aportes que los distintos planteamientos han hecho para pensar la cuestión territorial, enfatizando a la vez sus insuficiencias para dar cuenta de las complejas relaciones que tienen lugar en la implementación. Cabe destacar que se trata de un primer intento de conceptualización, buscando hacer visibles las nociones que están presentes (más o menos explícitamente) en los planteamientos y modelos y que operan como “anteojos conceptuales” de gestores y analistas, para avanzar en la problematización de la cuestión territorial en un campo de políticas dominado por la lógica sectorial. El trabajo se realiza en el marco de la investigación colectiva “El territorio en la agenda sanitaria: instrumentos y modos de articulación en el subsector público en el Gran Buenos Aires”² que comenzó a desarrollarse en el Instituto del Conurbano de la UNGS en el año 2010.

I. Estrategias y modelos: principales hitos en los planteos de OPS/OMS

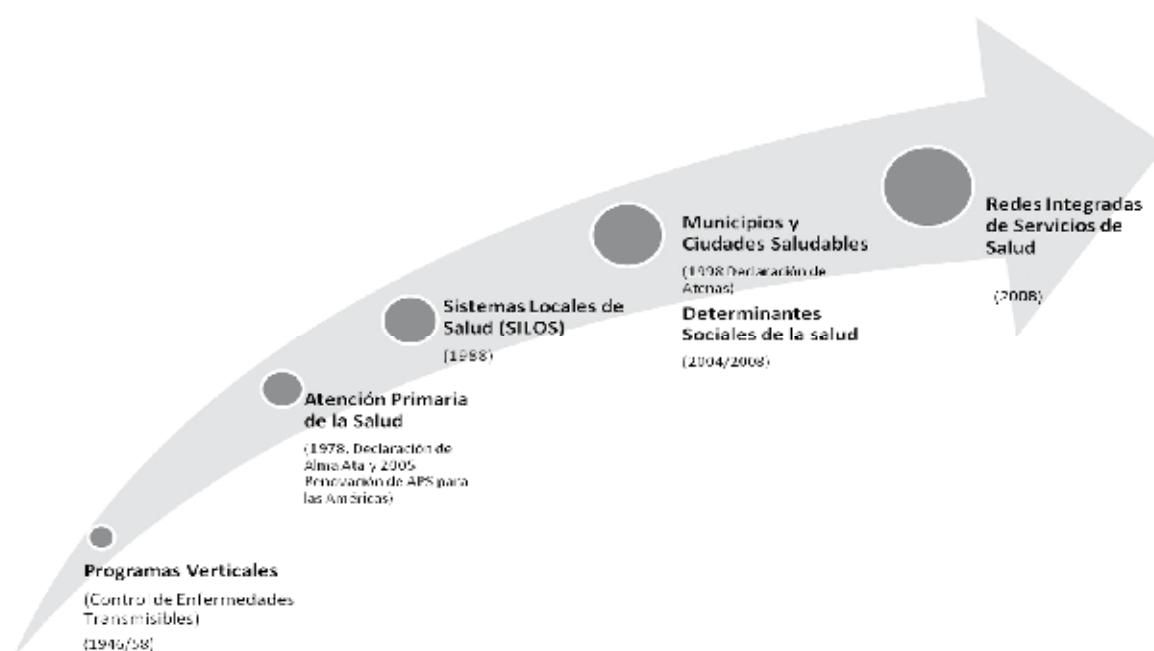
Hacia mediados del siglo XX, las Naciones Unidas (ONU) crean la Organización Mundial de la Salud (OMS), organismo responsable de establecer la agenda de investigaciones prioritarias en salud, articular opciones de política, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales. Desde aquellos años, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se establece como la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud en las Américas.

Tanto la OMS como la OPS, ocupan desde aquel momento un lugar central en la conceptualización de la “cuestión sanitaria”, siendo -- en gran medida -- responsables (al menos en la dimensión institucional formal) de la reorganización de los sistemas de salud y de la formulación de políticas en la región, a través de sus propuestas y directrices. El combate contra las enfermedades transmisibles a través de los “Programas Verticales”,

² Del mismo participan además Javier Moro, Carlos Jimenez y Javier Curcio.

el modelo de la “Atención Primaria de la Salud”, la propuesta de los “Sistemas Locales de Salud, la estrategia de los “Determinantes Sociales de la Salud” (y la iniciativa que focaliza la acción en la “salud urbana”), la propuesta de “Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables” y el modelo de “Redes Integradas de Servicios de Salud”, son los hitos principales en estas seis décadas (Figura 1). Se trata de propuestas, estrategias y/o modelos que presentaron continuidades y rupturas en los modos como conceptualizar el proceso salud-enfermedad, en los instrumentos propuestos y en los actores privilegiados, que estuvieron y están presentes en la arena sectorial con distinta capacidad de orientación de las políticas.

Figura 1: Planteamientos de OPS/OMS (1950 a la actualidad)



Fuente: Elaboración propia con base a documentos de OPS/OMS.

Este recorrido comienza con los “programas (de erradicación primero y control después) *contra las enfermedades transmisibles*”. Entre los años 1946 y 1958, el combate de las enfermedades transmisibles, viruela y malaria, organizó el modo de pensar y de hacer política sanitaria. La noción de “erradicación”, fundada en los adelantos científicos como el descubrimiento de vacunas y del DDT, animó la acción de la recientemente creada Organización Panamericana de la Salud, identificando a éstas como enfermedades a ser erradicadas³. En este contexto se forja el modelo de los “programas verticales”, que

³ El análisis de los programas verticales está realizado con base a Tobar et al. (2006: 15-18).

sigue vigente hasta la actualidad, conviviendo con otras formas de concebir la política sanitaria, denominadas genéricamente, en oposición, como “horizontales”.

Esta forma de organizar la política mostró sus frutos y, luego de importantes esfuerzos institucionales y financieros, las campañas masivas de vacunación lograron la eliminación de la viruela y la declaración de su erradicación en la Asamblea Anual de la Salud de 1980. Este éxito dejó importantes marcas en la institucionalidad de la política sanitaria: la creación de las unidades de epidemiología en los ministerios de salud, las rutinas de vigilancia epidemiológica y la aplicación de programas de control de enfermedades transmisibles que – posteriormente -- sentaron las bases para la creación del todavía vigente Programa Ampliado de Inmunizaciones (OMS, 1974).

Sin embargo, el destino del combate de la malaria tuvo menos éxito. La reaparición de casos puso en evidencia otros factores asociados a la existencia del mosquito, lo cual llevó a “reemplazar la ‘política de erradicación’ por una ‘política de control’: la malaria pasó a considerarse entonces un problema de carácter local de determinadas zonas y adquirió un nuevo estatus de amenaza, en lugar de problema urgente” (Tobar et al, 2006, p. 18). La vigilancia epidemiológica focalizada en grupos y territorios en situación de vulnerabilidad, sentó las bases de las orientaciones que reaparecieron (décadas más tarde) de la mano de los organismos internacionales de crédito en los noventa.

Un nuevo planteo, el de las “*intervenciones horizontales*” se abrió paso con el modelo de la *Atención Primaria de la Salud (APS)*, en un contexto caracterizado por el progresivo crecimiento de la poblacional mundial y por altas tasas de natalidad y de mortalidad infantil, acompañadas con una expectativa de vida bastante baja. En la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de la Salud de Alma Ata desarrollada en el año 1978, la OMS reconoció a la APS como estrategia de atención integral de la salud, basada en la prevención y la promoción. De acuerdo con esta declaración, la APS puede ser definida como:

“Asistencia sanitaria esencial basada en métodos y técnicas prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa del desarrollo, con el espíritu de autoresponsabilidad y automoderación”. (OMS, 1978, punto IV).

En la amplitud del consenso con el que contó esta estrategia desde aquella declaración, convivieron también formas diferentes de concebir la APS, en las que pueden distinguirse cuatro grandes enfoques. El primero, denominado “Atención Primaria”⁴, define a la APS como la “puerta de entrada al sistema”, comprendiendo a su vez la prevención y la atención curativa, en forma continuada. El segundo enfoque, denominado “Atención Primaria Selectiva”, se caracteriza por ofrecer un número limitado de servicios con paquetes orientados a grupos poblacionales específicos

⁴ Este enfoque es el que ha caracterizado frecuentemente a los desarrollos de APS en la mayoría de los países de Europa (Rozenblat, 2007)

(materno-infantil)⁵. Un tercer planteo, la propuesta original de “Alma Ata”, considera a la APS como un “primer nivel de atención” integrado, continuado, con participación social y con coordinación intersectorial. La cuarta perspectiva ha cobrado importancia en los últimos años, desde un enfoque de derechos recupera en su diagnóstico los determinantes sociales de la salud, abriéndose a las condiciones del contexto y confiriendo centralidad a las características de los actores (Rozenblat, 2007; Forti, 2009).

Dos décadas más tarde y en un intento por consolidar una noción convergente de APS, la OPS propuso la “Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas”, como forma de afrontar los nuevos desafíos epidemiológicos y mejorar las persistentes inequidades en la atención. Esta concepción reformulada de APS, recupera integralmente los contenidos presentes en los distintos enfoques: acceso y cobertura universal; atención integral e integrada; promoción y prevención; orientación familiar y comunitaria; mecanismos de participación activa; políticas y programas pro-equidad; primer contacto; recursos humanos apropiado; recursos físicos adecuados; acciones intersectoriales (OPS, 2005). Si bien la APS es enérgicamente sostenida hasta la actualidad desde los organismos internacionales de salud, convive con otras estrategias y modelos que fueron apareciendo a partir de mediados de la década de los '80, habida cuenta de sus limitaciones para mejorar la equidad en el acceso y la calidad en la atención de la salud de las poblaciones.

En la década de los ochenta, el modelo de los “Sistemas Locales de Salud (SILOS)”⁶ fue concebido por OPS como un camino complementario a la APS para alcanzar un uso más eficiente de los recursos en un escenario regional de fuerte crisis económica. Estos sistemas han sido definidos como:

“...un conjunto interrelacionado de servicios de salud, sectoriales y extrasectoriales, responsable de la salud de una población en una zona específica cuyos límites son casi siempre los de una o varias unidades geopolíticas” (Gutiérrez, 1991, p. 618).

En términos generales, los SILOS planteaban la profundización de los principios básicos establecidos por APS, pero enfatizando la jerarquía de la acción local como instancia estratégica para lograr la adecuación de la atención a las demandas y necesidades particulares de los territorios implicados. Esta estrategia “localista” era concebida como un proceso de planificación en tres etapas: una primera de identificación y diagnóstico a partir de la cual se establecían las características geográficas, demográficas, epidemiológicas y culturales de la población y se examinaban los recursos disponibles; una segunda etapa que buscaba rediseñar la administración y el liderazgo de los sistemas de salud a partir de la descentralización; mientras que una tercera y última fase, perseguía la coordinación intersectorial y la integración del sistema local. Este modelo de organización implicaba una redistribución de la ejecución presupuestaria en

⁵ La APS ha sido preponderantemente “selectiva”, con pocas intervenciones de alto impacto focalizadas en la mortalidad infantil y en enfermedades infecciosas, en la mayoría de los países latinoamericanos. En especial, los contextos de implementación de políticas de corte neoliberal (Rozenblat, 2007)

⁶ La descripción de la propuesta de los Sistemas Locales de Salud está realizada con base a Paganini, 1999.

salud; la asignación de fondos provenientes del nivel central a través de los “programas verticales” pretendía ser sustituida por asignaciones presupuestarias hacia el nivel local, con el propósito de lograr actividades integradas de salud más vinculadas con las necesidades de las poblaciones locales y más equitativas.

Saltando las fronteras del sector, la década de los '80 alberga otra propuesta que jerarquiza el nivel local, enfatizando el desafío de gobernabilidad con que se enfrentan las ciudades. La iniciativa “Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables” buscó aplicar la promoción de la salud a los contextos locales, adaptándose favorablemente a los escenarios de la descentralización, proceso en curso en los países de América Latina desde los ochenta y que se profundizaría en la década siguiente de la mano de las reformas neoliberales. En esta propuesta se define como municipio saludable a:

“...aquel que habiendo logrado un pacto social entre las organizaciones representativas de la sociedad civil, las instituciones de varios sectores y las autoridades políticas locales, se compromete y ejecutar acciones de la salud con miras a mejorar la calidad de vida de la población” (<http://www.bvsde.paho.org/sde/ops-sde/municipios-acerca.html>).

Desde esta perspectiva, un municipio o comunidad puede ser “saludable” si presenta una estructura para trabajar por la salud o si comienza un proceso para conseguirlo, promoviendo la adopción de estilos de vida saludables y creando entornos que los favorezcan. Sin duda, esta iniciativa demanda el desarrollo y fortalecimiento de la acción intersectorial, la participación de la ciudadanía y la gobernanza (conformación y fortalecimiento de las redes) para su implementación.

Pasado el decenio neoliberal, y habida cuenta del desplazamiento que sufrió la OPS/OMS por parte de los organismos multilaterales de crédito, emergió una nueva propuesta que colocó a la problemática de la salud en un contexto más amplio. Reconociendo como principal y más remoto antecedente el Informe Lalonde de 1974⁷, el planteamiento de los “*Determinantes Sociales de la Salud (DSS)*” fue impulsado en desde finales de la primera década de este siglo, con el objetivo de lograr mayores y mejores impactos sobre las poblaciones. Desde este abordaje, se buscaba contemplar e integrar en la atención factores económicos, educativos, ambientales, culturales y de género, tradicionalmente considerados como externos al sector.

Al respecto, la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud conformada por la OMS plantea explícitamente en el año 2008, que:

“Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país” (Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud/OMS, 2008,p. 1).

⁷ En dicho informe se reconocía ya en 1974 la importancia de los factores relacionados con el contexto social en la salud de la población identificando cuatro factores: biología humana, ambiente, formas de vida y organización del cuidado de la salud.

Esta forma de concebir los problemas involucraba, necesariamente, a otros sectores cuyas acciones tienen impacto directo sobre la situación de salud de una población determinada.

Contemporáneamente con estos debates, la OPS/OMS recupera esta perspectiva en el análisis de las particularidades que presentan los determinantes sociales en los entornos urbanos, haciendo eje en tres cuestiones: la gobernabilidad, la métrica de los problemas sanitarios urbanos y los determinantes de la salud y la equidad. La gobernabilidad en la salud urbana refiere a los procesos de toma de decisión, de diseño, de implementación y de evaluación de las políticas que afectan a la salud de la población que habita espacios urbanos. La métrica de la salud urbana, refiere en cambio, a la determinación de indicadores e instrumentos de recolección de información adecuados para el análisis de la salud urbana (OPS, 2008).

A partir de entonces, desde el concepto de “salud urbana” comienza a abrirse una nueva orientación en el enfoque de los determinantes sociales, que pretende analizar cómo se manifiesta localmente --en cada ciudad-- la determinación social de la salud, y cómo el estudio de estos determinantes debe traducirse en acciones multisectoriales y participativas vinculadas con la promoción de la salud y con la formulación de políticas públicas en contextos urbanos (OPS/OMS, 2011 a).

Anidando en la propuesta de los SILOS y en el marco de la ya mencionada “Renovación de la APS en las Américas” del año 2005, comenzó a promoverse de forma sistemática el desarrollo y fortalecimiento de redes de atención de salud como respuesta a la fragmentación que se profundizaba en los países de la región. En el marco de la de la XVII Cumbre Iberoamericana de Ministros de Salud de julio de 2007 se señaló la importancia y necesidad de desarrollar redes basadas en la atención primaria, financiadas por presupuesto público y que garantizaran una cobertura universal. Recogiendo los problemas emergentes del balance de las reformas neoliberales, se atribuía esta segmentación al predominio de programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, la separación de los niveles de atención como producto de la descentralización de los servicios y a los déficits en la cantidad, calidad y distribución de los recursos. Frente a estos problemas, la conformación de redes es visualizada como una estrategia de integración de los servicios de salud. Aunque la noción de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) admite múltiples interpretaciones, la OMS (2008) ha formulado una definición amplia, que comprende distintas modalidades de integración:

“La gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud”. (OPS/OMS, 2008,p. 9)

El concepto de “Sistemas Integrados de Servicios de Salud (SISS)” es más comprensivo y complejo, ya que contempla -además de redes- atributos sistémicos como gobernanza, financiamiento y mecanismos de pago, sin restringirse únicamente a cuestiones de prestación de servicios (OPS/OMS, 2008).

El recorrido realizado hasta aquí muestra distintos modelos y estrategias que han coexistido y continúan conviviendo en los planteos de la OPS/OMS. Estas propuestas

han interrogado y diagnosticado los problemas, delineando a su vez el diseño de posibles soluciones. Esta rápida retrospectiva pone en evidencia continuidades, algunas rupturas e importantes núcleos de complementariedad que podrían ser indagados desde muy diferentes puntos de vista.

En este trabajo nos interesa hacer foco en un aspecto que adquiere particular relevancia para el análisis de la implementación de la política de salud: las distintas nociones de “territorio” que cobran vida en estos planteos, los “actores” que se privilegian y que las sostienen y su capacidad de organizar desde las ideas la práctica en la implementación.

II. La emergencia de la dimensión territorial y sus actores

Desde mediados del siglo pasado, las directrices de la OPS/OMS han modelado (con distinto énfasis y jerarquía) la institucionalidad en salud, orientando financiamientos, proponiendo formas de organización, aportando instrumentos, definiendo competencias a desarrollar y difundiendo modos de conceptualizar las políticas y la gestión en el sector.

De las distintas aproximaciones que ofrece el análisis institucional, interesa retomar una perspectiva del neo-institucionalismo que enfatiza la relevancia que tienen las instituciones en el modelado de lo que denominan los “mapas cognitivos”, concepciones particulares del mundo que se encuentran vinculada a los procesos culturales que dan sentido a la acción⁸. Desde esta interpretación, “las instituciones son las convenciones sociales (comprendiendo en éstas a los símbolos, ritos, costumbres y significados) a partir de las cuales los individuos interpretan el mundo que los rodea y crean su concepción de la realidad social. Los individuos son ‘socializados’ en una cierta perspectiva del mundo, aprenden las convenciones sociales y con ellas construyen una forma ‘aceptada’ de hacer las cosas; esto uniforma el comportamiento y facilita la interacción social” (Vergara, 2001, p. 2).

Recuperando esta perspectiva y retomando conceptos de la “geografía” y del “análisis de políticas” resulta interesante interrogar el derrotero que ha seguido la OPS/OMS en sus formas de conceptualizar la política sanitaria en relación a *cómo ha ido apareciendo la cuestión territorial y cuáles han sido los actores jerarquizados en esa construcción*.

Los modos de conceptualizar la noción de territorio en el campo de las ciencias sociales han ido progresivamente abandonando visiones espacialistas, moviéndose hacia otras concepciones que dan cuenta de su carácter histórico (Dematteis y Governa, 2005 y

⁸ Otras dos perspectivas completan el mapa del neoinstitucionalismo. La primera pone el acento en la institucionalidad entendida como las reglas formales e informales que estructuran las relaciones entre actores, enmarcando las posibilidades de acción, vinculación e intercambio; la segunda pondera los aspectos más ligados a la cultura organizacional que se cristaliza en rutinas y hábitos; finalmente, está la tercera, recuperada en este análisis, que destaca la incidencia de las visiones del mundo como organizadoras de la acción. Para una aproximación a los distintos planteamientos del neo-institucionalismo ver Vergara (2001).

Amin, 2005). En esta última perspectiva, que destaca el carácter construido, dinámico, determinante y determinado del espacio por la acción de los actores, “la territorialidad [puede entenderse]... como relación dinámica entre los componentes sociales (economía, cultura, instituciones, poderes) y aquello que de material e inmaterial es propio del territorio donde se habita, se vive, se produce” (Dematteis y Governa, 2005, p. 33). Esta aproximación jerarquiza aquellos procesos enlazados que se dan entre los actores (y sus relaciones en el entramado) y el territorio, en el seno de los cuales se inscribe el campo de la política sanitaria.

Dado que el territorio es el escenario en el que tiene lugar y se configura la fragmentación y la inequidad de los sistemas sanitarios en América Latina, parece importante interrogar a estas (diferentes) propuestas de la OPS/OMS en su potencial para conceptualizar la cuestión territorial, dando cuenta del alcance y de las insuficiencias que presentan estos planteos para incorporar al territorio en la agenda de salud.

Este apartado regresa al recorrido realizado más arriba, destacando aquellas nociones que dan cuenta de alguna expresión o problematización de la “cuestión territorial”. El análisis se focaliza en los planteos de la OPS/OMS refiriendo al contexto de los procesos de políticas del sector y trayendo al diálogo (cuando resulta pertinente) los aportes de analistas que ayudan a desentrañar la cuestión territorial en este campo.

a. La noción de control epidemiológico:

El modelo denominado de “los programas verticales” es quizás uno de los más cuestionados pero paradójicamente aquel que sobrevivió a -- conviviendo a su vez con -- otras orientaciones que se sucedieron, denominadas -- en oposición -- “aproximaciones horizontales”.

Surgido en la postguerra en el periodo denominado “llamamiento regional a las armas contra las enfermedades transmisibles”, el modelo de los “programas verticales” fue tributario de dos procesos: los adelantos científicos como el descubrimiento de las vacunas y del DDT (Tobar et al, 2006, p. 15-16) y el desarrollo de las instituciones del Estado Social, caracterizado por la creación de una red pública subsidiada por y/o provista por el Estado, pero en el caso de América Latina con fuertes limitaciones territoriales (Andrenacci y Repetto, 2005, p. 10).

Inscripto en una lógica “top – down”, este modelo busca resolver (“erradicar” en el planteo original y más extremo) un problema de salud a través de estrategias independientes que comprenden la fijación de normas de atención, la organización adecuada de los recursos y la racionalización del uso de la tecnología, en el marco de un marco temporal adecuado. La vacuna antivariólica para la viruela y el DDT y la cloroquina para la malaria, fueron los descubrimientos en torno a los cuales se organizaron las decisiones de la OPS y la OMS.⁹

⁹ En el año 1949 el Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud aprobó el Plan de Erradicación de la Viruela para los países de la Región, ratificado por la XII Conferencia Sanitaria

Estas ideas fuerza se traducen en una concepción mecanicista de la organización sanitaria que jerarquiza el poder central, en tanto responsable del entrenamiento y la gestión de los recursos humanos. Siguiendo a Tobar et al, “la estandarización de los procesos, necesariamente relacionada con un frondoso aparato normativo y técnico, y la planificación y financiación, fuertemente centralizadas, dejaban de ser “cosa de expertos” para transformarse en normativa para seguir rigurosamente en cualquier contexto. Convertían las decisiones en mecánicas. La estrategia se centraba en una premisa: la tecnología de erradicación estaba disponible y el éxito dependía de la aplicación meticulosa de los procedimientos establecidos.” (Tobar et al, 2006, p. 18).

La posibilidad de disponer de la tecnología y la vocación por hacerla accesible a la población afectada, convergen (desde finales de la segunda guerra hasta la década de los setenta) con el desarrollo de las instituciones centralizadas del Estado social en la región. En este contexto, no sorprende la jerarquía que se confiere a los Ministerios nacionales, desarrollando instituciones y procedimientos que dejaron como legado hasta el presente a las unidades de epidemiología en los ministerios de salud, la organización de los sistemas de vigilancia y la aplicación de programas de control en otras enfermedades transmisibles.

En la lógica con que estos programas regulan las relaciones de poder, la agenda se define sectorial y centralizadamente “de arriba hacia abajo” y a partir de criterios epidemiológicos: desde los donantes y los organismos de cooperación hacia gobiernos nacionales, y desde éstos hacia el territorio.

Aunque no se advierte en estos programas una conceptualización explícita del territorio, la centralización adoptada en la planificación y en el financiamiento así como el énfasis puesto en el desarrollo de normas que hagan operativo el conocimiento técnico para llegar de manera homogénea a distintos puntos del país, permite suponer una noción de “control militar” trasladado al campo de la epidemiología. Siguiendo a Henderson, 1999 (citado por Tobar et al), los programas de erradicación fueron concebidos como una operación militar conducida de igual manera en cualquier “campo de batalla” (Henderson, 1999; citado por Tobar et al, 2006, p. 18). La disponibilidad de tecnología hacía posible extender geográficamente las campañas.

El territorio emerge en este análisis como objeto de un “control político y epidemiológico” en el contexto de la expansión y desarrollo de las instituciones centrales del Estado Social en la región; fundado en diagnósticos que están asociados a la tecnología disponible a difundir y en las normas que se deben aplicar. Con relación a esto último, un rasgo merece destacarse: la construcción epidemiológica en función del objetivo de erradicación de una enfermedad (o grupo de enfermedades) tiene como consecuencia la construcción de un territorio homogéneo, o bien la necesaria (en el contexto de esta forma de pensar la política) simplificación de sus particularidades.

Panamericana. Apenas unos años después, en la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana y en la II Conferencia Asiática sobre la Malaria, ambas realizadas en 1954, fue aprobado el Plan de Erradicación de la Malaria (Tobar et al, 2006: 16)

Cabe destacar que, a diferencia de otros planteamientos, la noción de “programas verticales” no supone un concepto absoluto, sino más bien un cierto grado de integración y especificidad que presenta distinto tipo de enfoques: aquellos organizados desde los problemas de salud (enfermedades transmisibles), el de grupos poblacionales (materno infantil) y según el tipo de intervención (cardiopatías congénitas) (Blanco Restrepo, 2006). Estos distintos enfoques requieren, a su vez, de diferentes condiciones institucionales en la implementación subnacional.

La eficacia de mecanismo de construcción del territorio tiende a quebrarse con la reaparición de los casos de malaria y la resistencia a las tecnologías conocidas, emergiendo entonces la heterogeneidad del territorio y sus actores en las rutinas y procedimientos. La realización de diagnósticos y encuestas, la delimitación de áreas/problema, la aplicación de DDT para interrumpir la transmisión, las campañas de prevención y el desarrollo de sistemas de vigilancia epidemiológica; son las rutinas e instrumentos que adoptan estos programas y a través de los cuales emerge otra noción de territorio en su complejidad y particularidad.

b. La participación como clave:

Desde hace más de tres décadas y bajo el lema “salud para todos”, los organismos internacionales de salud han venido sosteniendo que la Atención Primaria de la Salud es la herramienta primordial que disponen los gobiernos para mejorar la accesibilidad a la atención y lograr la equidad y la extensión de la cobertura de salud para todas las poblaciones, con costos razonables (OMS, 1978). A lo largo de estos años, la APS se ha convertido también en la base de la implementación de la mayoría de los programas verticales, hasta convertirse en la principal estrategia organizadora del sistema sanitario (OPS, 2003).

Sin embargo, la implementación eficiente o eficaz de esta estrategia supone, ya desde los documentos de Alma Ata (1978) en adelante, el desarrollo de ciertos requisitos, que van más allá de lo estrictamente tecnológico o vinculado con la infraestructura: un enfoque intersectorial y multidisciplinar de la atención, concebida de manera integral, y la participación de la comunidad:

“El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de la atención a su salud” (OMS, 1978, punto IV)

Varios años más tarde, *La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas* (2007) refuerza la necesidad de dotar a la APS de una orientación familiar y comunitaria, acorde a las necesidades de salud de una población definida, como mecanismo para afrontar los nuevos desafíos epidemiológicos y mejorar las inequidades persistentes en la atención de la población (OPS, 2007). La APS reorienta la atención desde el tratamiento de la enfermedad y la rehabilitación hacia procesos que contemplen también estrategias de prevención y promoción de la salud.

En este marco, privilegia dos tipos de actores. Por una parte, jerarquiza el trabajo de los equipos multidisciplinarios del primer nivel, quienes adquieren responsabilidad sobre la población adscrita perteneciente a un territorio geográfico delimitado por la

proximidad; son estos profesionales los responsables de reconocer los problemas socio sanitarios y las necesidades de la comunidad (OMS, 2008). Por otra parte, la estrategia de APS jerarquiza la colaboración de nuevos actores en las dinámicas de la atención; desde el primer nivel se convoca a la participación activa de la familia, la comunidad, los referentes barriales, los agentes y promotores sanitarios, los organismos no gubernamentales y las organizaciones sociales para promover comportamientos y estilos de vida saludables y mitigar los daños socio ambientales sobre la salud.

Este entramado de actores se despliega en un “espacio de proximidad”, definido por la poblacional perteneciente al área programática de intervención. Se trata de un territorio vinculado a la noción de “comunidad”; la APS se implementa y se desarrolla como:

“El primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando la atención sanitaria lo más cerca posible al lugar donde viven y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso continuado de asistencia sanitaria” (OMS, 1978, punto VI).

“..un ámbito al que las personas pueden llevar toda una serie de problemas de salud” (OMS, 2008, p. 12)

Este “territorio de proximidad” se vuelve estratégico para la implementación, definiendo en simultáneo la demanda de prestaciones y creando las posibilidades y condiciones en cuyo contexto cobran vida los procesos de atención integral.

c. La jerarquía del nivel local:

En las últimas décadas del siglo XX y principios del siguiente tuvo lugar en la región una revisión profunda de las competencias públicas en el campo de la política social (Andrenacci y Repetto, 2007, p. 9), expresada en el sector salud por procesos de descentralización y de autarquía de los establecimientos que tuvieron lugar en un contexto caracterizado por una franca expansión de la demanda (Almeida, 2002a y 2002b; Fleury, 2001 y 2007; Sojo, 2011).

En el marco general de estas reformas, las iniciativas para la reorganización de los sistemas planteadas por la OPS delimitaron nuevos recortes espaciales para la política sanitaria. Aunque con anclajes diferentes, las propuestas de los “Sistemas Locales de Salud (SILOS)” y de “Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables”, hicieron emerger el “territorio de lo local” trascendiendo así la noción de “proximidad” que jerarquizaba la APS.

La propuesta de los SILOS es la responsable de inaugurar en la región el ingreso de lo local al debate sanitario. En la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS del año 1991, se destacaba “la urgente necesidad de acelerar la transformación de los sistemas nacionales de salud, mediante el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud (SILOS) como táctica operativa de la estrategia de la atención primaria” (Paganini, 2008, p. 32). Su propósito principal fue impulsar la toma de decisiones en los sitios donde se generan los problemas y, por consiguiente, propiciar la descentralización de facultades y recursos hacia las instancias periféricas. Recuperando trazos de los

modelos anteriores, una noción algo más compleja de territorio está presente en la resolución de dicha reunión¹⁰.

Una primera cuestión a destacar es que la noción del territorio delimitado desde la epidemiología se politiza poniendo el foco en la construcción de una “propuesta geográfica poblacional (...) influenciada por las necesidades de la población definidas en términos de daños y riesgos” (Paganini, 2008, p. 21).

El aspecto que diferencia más claramente a la propuesta de los SILOS, es la invitación a dar un “salto” hacia una escala más comprensiva, el “territorio local”. Sin definir parámetros sobre su extensión, se advierte la preocupación por no perder la escala de proximidad: “cuando los espacios político – administrativos tienen una alta concentración de población (como sucede en las grandes metrópolis o en territorios muy extensos) se puede tomar la decisión de subdividirlos en unidades menores para desconcentrar y facilitar la gestión administrativa” (Paganini y Pracilio, 2000, p. 11).

A diferencia de la propuesta de “Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables”, la iniciativa de los SILOS busca mantener la especificidad sectorial, con foco en la atención. Pivoteando sobre el rol del Municipio como coordinador de distinto tipo de articulaciones intrasectoriales entre niveles y con otros subsectores, e intersectoriales con otras áreas gubernamentales y con el sector privado:

“La responsabilidad del nivel local es la de atención a los individuos, familias, grupos sociales, las comunidades y el ambiente, coordinando los recursos disponibles tanto del sector salud (público, de la seguridad social y privado), como los extra sectoriales, facilitando así la participación social” (Paganini, 1999, p. 21)

Aunque manteniendo un recorte sectorial, esta propuesta conceptualiza el territorio desde otras dimensiones: la cuestión del poder, del Estado, del financiamiento y de la coordinación intergubernamental, se suman a la noción de “proximidad” y sus actores, complejizando así el concepto de territorio.

Acorde al clima descentralizador de la época en América Latina, la propuesta apuesta a que las instituciones locales asuman un papel estructurante de los SILOS:

“A nivel local es en donde se vuelve más concreta la posibilidad de articular el desarrollo de programas que buscan atender las necesidades de la población con la estructura y el funcionamiento de la capacidad instalada existente; (...) Además de la capacidad tecnológica que le otorgue un adecuado poder de resolución a los problemas de salud de su área, a nivel local se deberá contar con una adecuada capacidad técnico administrativa en las áreas de planificación, administración, información, epidemiología y un conjunto mínimo de recursos humanos adecuadamente adiestrados.” (Paganini, 1999, p.22)

El foco de la noción de territorio presente en esta propuesta está puesto en lo local; sin embargo, los documentos refieren al “espacio de actuación de los SILOS” y llaman la atención acerca de la necesidad trascender las fronteras de lo municipal para dar cuenta de la densidad de los actores que “juegan” en esa arena; se advierte que

¹⁰ Resolución de la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de OPS/OMS del año 1991, titulada “Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, SILOS-10”.

deberán considerarse “las responsabilidades que le corresponden al resto de los niveles del Estado nacional y/o provincial en su adecuación a las características requeridas para llevar a cabo una transformación acorde con la equidad y la justicia social” (Paganini, 2008, p. 33).

La pertenencia orgánica a un sistema nacional de salud como entidad global y la articulación en red de servicios interrelacionados, son aspectos destacados también por la propuesta:

“La atención de salud a nivel local es parte fundamental del sistema nacional de salud, al cual vigoriza y confiere nueva direccionalidad. Por lo tanto, la atención a nivel local debe verse como una unidad básica organizativa de una entidad global plenamente articulada al sistema nacional de salud; (...) El tamaño de la infraestructura y la población a cargo del nivel local de atención de salud varía de acuerdo a la realidad de cada país, siendo conveniente una capacidad resolutoria de por lo menos un segundo nivel de complejidad, combinada con una adecuada eficiencia en el uso de los recursos” (Paganini, 1999, p. 22)

Con el foco puesto en la gobernabilidad, la iniciativa “Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables” (MCCS) aporta una noción de territorio más comprensiva tomando distancia de las cuestiones más duras del sector.

Adaptándose¹¹ a los escenarios de la descentralización en América Latina, la propuesta busca aplicar la promoción de la salud a los contextos locales, jerarquizando los procesos a través de los cuales es posible alcanzar una mejora en las condiciones de vida desde múltiples dominios de la vida social: saneamiento, educación, trabajo, modos de vida, ambiente. En la complejidad de los factores comprendidos en esta perspectiva, la acción intersectorial y la participación ciudadana son rasgos que distinguen el modo de acción de la estrategia en el territorio local.

Desde esta perspectiva, el territorio se construye política y socialmente con los ciudadanos, a través de la gestión democrática y del fortalecimiento de la participación como elementos esenciales.

En un esfuerzo por operacionalizar el concepto de “entorno saludable” de cara a rescatar las contribuciones de esta estrategia para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)¹², la propuesta de MCCS retorna a los espacios de proximidad y aparecen la vivienda, la escuela, los mercados y el trabajo, como “entornos saludables” desde los cuales actuar e integrar sinérgicamente:

“Las diferentes estrategias de entornos saludables son complementarias y mantienen una relación sinérgica. Además, el trabajo armónico con los entornos saludables, permite la

¹¹ Esta estrategia reconoce como antecedente el Movimiento Europeo de Ciudades Saludables Medios de mediados de la década de los 80, particularmente importante en el proceso de recuperación de los Ayuntamientos Democráticos en España. Constituyó una forma de operacionalizar la “Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud” de 1984 y se formalizó en 1998 en la Declaración de Atenas para las Ciudades Saludables. Declaración del Director Regional de la OMS para Europa (Llorca, 2010).

¹² Se trata de un conjunto de ocho propósitos de desarrollo humano que en el año 2000, los 192 países miembros de las Naciones Unidas acordaron alcanzar para 2015. Dada la naturaleza del acuerdo, interpelaron a los distintos organismos de las UN y a sus estrategias.

creación de sistemas de organización social más participativos, intersectoriales y equitativos. Este trabajo requiere del compromiso político y liderazgo de los gobernantes locales para crear consenso y alianzas con diferentes sectores locales, y para desarrollar planes estratégicos que busquen mejorar la participación comunitaria en la toma de decisiones a nivel local” (OPS/OMS, 2006, p. 39).

A diferencia de la propuesta de los SILOS, las referencias al contexto del sistema sanitario tanto nacional como de otros subsectores, están ausentes en la estrategia MCCS; lo mismo sucede con los Estados nacionales.

Los actores jerarquizados son los gobiernos locales (con referencias explícitas a los alcaldes) y las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y Organizaciones Sociales Comunitarias (OSC). La delimitación de actores está hablando de una aproximación a la gobernanza de las ciudades haciendo foco en el papel del municipio cooperando en redes con otros actores gubernamentales y de la sociedad.

Como puede advertirse, desde ambas propuestas de políticas el territorio ingresa a la agenda sanitaria desde una jerarquización de lo local, aunque con recortes diferentes tanto en relación a los dominios de la vida social como a las escalas de análisis.

d. Delimitando desde los problemas sociales:

Las dinámicas sociales que caracterizan al nuevo siglo imprimen una complejidad social, económica, demográfica y ambiental sin precedentes, generando importantes desafíos a la gestión de las políticas de salud, que se vuelven más dramáticos en los países más pobres. Factores como el envejecimiento de importantes sectores de la población, el progresivo incremento de las enfermedades crónicas en detrimento de las infectocontagiosas, la incorporación de tecnologías diagnósticas y terapéuticas más sofisticadas y costosas, impactan diferencialmente en los sistemas sanitarios de acuerdo a sus recursos, siendo fuente de importantes inequidades. Esta forma de concebir el contexto en el cual la población experimenta sus problemas sanitarios, abre una nueva perspectiva que enfatiza la influencia de los determinantes sociales en la configuración del proceso de salud enfermedad.

“Las inequidades en materia de salud se deben a las condiciones de la sociedad en la que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece; esas condiciones se conocen como determinantes sociales de la salud. Ello abarca las experiencias de los primeros años, la educación, la situación económica, el empleo y el trabajo digno, la vivienda y el medio ambiente, y sistemas eficaces de prevención y tratamiento de los problemas de salud. Estamos convencidos de que para actuar sobre esos determinantes, tanto en el caso de grupos vulnerables como en el de toda la población, es esencial conseguir una sociedad integradora, equitativa, económicamente productiva y sanitaria.” (OMS, 2011, p. 2)

Aunque los documentos relativos a la perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) no hagan referencias explícitas, el territorio emerge a través de la enunciación de los factores sociales, económicos y políticos que impactan en los perfiles epidemiológicos de las poblaciones. La preocupación por la desigualdad remite a un

espacio donde se hacen visibles las condiciones de vida de la población en general y las condiciones de salud-enfermedad en particular.

Paralelamente, el territorio es -- para esta perspectiva -- el escenario en el que se expresa la desigual distribución de la enfermedad en correspondencia con la también desigual distribución de los recursos:

“...en un momento en que las inequidades en salud entre los países y dentro de éstos son el centro de una preocupación creciente, la contribución potencial de medidas para disminuir los determinantes sociales en la inequidad en salud constituye un importante argumento científico, ético y político en apoyo de las políticas públicas de acción sobre éstos”. (Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud, 2005, p.10)

Acorde con esta mirada estructural de los problemas que demarcan y jerarquizan el territorio, los responsables de priorizar estas recomendaciones son quienes formulan e implementan políticas de salud a escala nacional. Estas recomendaciones se expresan en un conjunto de normas y procedimientos estandarizados.

Sin embargo, el núcleo de reflexiones, aportes y estudios en torno a la “salud urbana” avanza de un modo más explícito en el análisis de las particularidades que imprime el territorio en la salud de los distintos entornos urbanos. Este recorte historiza y localiza en el espacio el debate sobre la equidad, haciendo eje en las brechas y en los circuitos de reproducción de la desigualdad en el territorio.

“El enfoque de la equidad en salud urbana implica orientar los esfuerzos hacia la reducción de las diferencias en resultados y riesgos de salud entre diferentes áreas urbanas y los grupos humanos que las habitan” (OPS, 2008, p. 40)

Asimismo, el enfoque urbano de la salud recupera y problematiza la dimensión política del territorio como determinante en la cuestión sanitaria, como así también incorpora a sus actores y a las relaciones sociales que allí se despliegan.

“Estos marcos reconocen la complejidad del proceso multinivel por medio del cual los determinantes y los distintos actores juegan un papel crítico en la determinación de salud de los residentes urbanos (...). Se incluye aquí la forma en que los niveles de participación y descentralización, las innovaciones sociales y los intereses de los diversos actores afectan la salud urbana.” (OPS, 2008, p. 39)

e. Desde una visión topológica:

Tras las reformas neoliberales, los primeros años de esta década renovaron en la región la expectativa en el rol de las instituciones estatales en los distintos sectores; las intervenciones del Estado Central a través de políticas y programas con impacto en la calidad de vida de la población y destinadas a resolver las inequidades y desigualdades sociales, se hicieron cada vez más frecuentes en el conjunto de los países latinoamericanos (Gudynas et al, 2008; Danani, 2009).

En este escenario, el desarrollo de redes integradas de servicios de salud (RISS) y sistemas integrados de servicios de salud (SISS) se introduce como un instrumento para que los Estados puedan asegurar una atención más integrada, eficiente y equitativa

frente a los altos niveles de fragmentación de sus sistemas de salud. El diagnóstico de partida de estas propuestas avanzaba sobre distintos factores, pero básicamente hacía eje en las consecuencias de las reformas neoliberales: el predominio de programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas; la segmentación de los niveles de atención como consecuencia de la descentralización de los servicios; los problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos; la existencia de culturas organizacionales contrarias a la integración (OMS, 2007; OPS/OMS, 2008). Este diagnóstico desafiaba a su vez las autoridades sanitarias a resolver las tensiones e ineficiencias resultantes de la coexistencia (desarticulada) de las clásicas intervenciones verticales con aquellas horizontales animadas por el modelo de la APS.

Si bien las propuestas orientadas a la conformación de redes alcanzan distintas escalas, subyace en ellas una noción del territorio orientada por propósitos casi exclusivamente sanitarios, desde la cual se integran (desde una lógica reticular) distintos ámbitos locales. La implementación regionalizada de redes busca racionalizar y optimizar los recursos disponibles en cada región (frecuentemente escasos), para maximizar resultados.

Las redes de servicios dan lugar –entonces- a una nueva noción de territorio para diseñar e implementar las intervenciones sanitarias. Un territorio que estructura en un mismo entramado a un conjunto disperso de efectores para interrelacionar de manera más estratégica servicios con distinto nivel de jerarquización y complejidad.

Esta vez, se trata de un territorio que presenta una lógica virtual o topológica, en donde los flujos y las redes de interacción surcan el espacio regional y conectan a distancia, permitiendo la continuidad de los recursos y las prestaciones en una escala mayor. Las redes posibilitan así –siguiendo a Dematteis (2002)- la coordinación, la colaboración y el diálogo con la globalidad, desde las coordenadas propias y específicas de cada comunidad local.

Este recorrido muestra que el territorio ha estado y está presente en las orientaciones y prescripciones de la política sanitaria, aunque con ciertas insuficiencias para describir y analizar la complejidad de la relación de mutuo condicionamiento que tiene lugar entre el territorio y los procesos de toma de decisiones de la política sanitaria.

III. Un intento por recapitular avances e insuficiencias

Tal como se viene analizando, los distintos planteamientos que ha aportado la OPS/OMS sobre los problemas de salud y las respuestas desde la política sanitaria, llevaron implícitas distintas nociones de territorio que operan como “anteojos conceptuales” al momento de su implementación.

El recorrido realizado descompone la complejidad de la “cuestión territorial” en distintos aspectos que son enfatizados diferencialmente por las estrategias y modelos: la noción de “control epidemiológico” presente en los programas verticales, la “participación” como uno de los emergentes más evidentes de la crisis de aquel modelo y la constitución

de la APS como paradigma de intervención, la “*jerarquía del nivel local*” enfatizada en la propuesta de los SILOS y de “*Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables*”, la “*delimitación del territorio desde los problemas*” expresado en el enfoque de los determinantes sociales de salud y en las especificidades de la “*salud urbana*” y, más recientemente, la “*visión topológica del territorio*”, presente en la propuesta de “*Redes Integradas de Servicios de Salud*”.

Estas nociones que devuelven las orientaciones de la política sanitaria son aportes que resulta necesario recuperar para pensar la relación entre política sanitaria y territorio, así como ciertas insuficiencias que llaman a la necesidad de profundizar su conceptualización.

a. Los límites del esfuerzo por simplificar la complejidad:

El aspecto más destacado de esta forma concebir el territorio de la acción sanitaria se relaciona con su capacidad para simplificar la complejidad. Dos caminos novedosos se abren desde esta forma de incorporar el territorio en la política sanitaria. El primero, tiene que ver con que la política sanitaria deja de ser cuestión de expertos para convertirse en un conjunto de procedimientos a ser cumplidos por actores diversos ampliando así el alcance territorial de la acción. En segundo lugar, esta forma de recuperar el territorio permite construir y delimitar las fronteras a partir de un determinado problema sanitario, pasible de ser resuelto a través de la tecnología disponible.

La capacidad de simplificación que presenta esta noción de territorio debe ser matizada en el plano empírico. Lo que es percibido como fortaleza desde el diseño en los niveles centrales con altos niveles de especialización, resulta insuficiente en el nivel de la implementación donde la especialización es mucho menor y la complejidad y multiplicidad de actores y sectores involucrados se hace evidente. En la implementación, los problemas “saltan las fronteras” del sector y ponen en cuestión a las variables epidemiológicas como criterio exclusivo de delimitación de los territorios objeto de políticas.

b. Sobre la necesidad de dar cuenta de las distintas escalas de la participación:

En la atención primaria de la salud, el territorio ingresa a la gestión de la política sanitaria a partir de la delimitación de un área programática que recoge, por un lado, las demandas particulares de las familias y, por el otro, convoca a la participación activa de la comunidad. El territorio se define como un “espacio físico de continuidad”, donde los vínculos se determinan por “relaciones de proximidad”.

La escala espacial de lo local -- sobre la que descansa esta propuesta -- es la que posibilita los contactos y la cooperación entre los actores involucrados en los procesos de la atención de la salud; la dimensión territorial emerge como una herramienta que permite a las comunidades definir sus necesidades y derechos.

No obstante su utilidad, este recorte de lo territorial, circunscripto a lo próximo y que presupone la interacción fluida entre actores (o potenciales actores) en presencia de un

conjunto dado de recursos locales, termina aislando a la comunidad de su contexto mayor y desatiende la relevancia que tienen otros actores (cuya acción no necesariamente está localizada en el territorio de proximidad) pero que también intervienen o inciden de modo decisivo en el desenlace de la política sanitaria.

Cabe resaltar además, que si bien la inclusión de la familia y la comunidad como un actor clave del territorio en los procesos de atención primaria es -- sin dudas -- un aporte novedoso y valioso de la propuesta de la APS, esta premisa ha derivado en las versiones más restringidas (caras al paradigma neoliberal) que pueden conducir a una peligrosa auto responsabilización de la población local acerca de los éxitos o fracasos en torno al acceso a la atención, omitiendo otras escalas en las que se despliegan importantes articulaciones del entramado de actores.

c. El desafío de politizar lo local:

Lo local aparece en la agenda sanitaria como una perspectiva que integra por primera vez en las propuestas de OPS/OMS, distintos aspectos de la “cuestión territorial”. Sin abandonar la especificidad sanitaria, la propuesta de los SILOS lleva de manera bastante explícita una noción de territorio que parte de una mirada epidemiológica y la puebla de actores, jerarquizando el papel de coordinación del gobierno local en un espacio que necesariamente debe trascender la escala de proximidad. La noción de territorio implícita en la estrategia de “Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables (MCCS)” es más amplia y está delimitada por el concepto de “promoción de la salud”.

Ambas propuestas comparten la “noción de lo local” como el lugar de realización de las necesidades de la población y del consenso entre los actores. Sin embargo, una mirada atenta acerca del entramado que constituye al territorio permite reconocer – en estas propuestas -- distintas formas de conceptualizarlo. En un caso, la propuesta de los SILOS pone el foco en la responsabilidad sanitaria y establece un recorte sectorial más preciso, recuperando la complejidad de las relaciones entre subsectores y con el conjunto del sistema nacional de salud, que operan en un territorio. En el segundo caso, la noción de local que dibuja la estrategia de MCCS es más comprensiva y menos sectorial al tiempo que se permite realizar un recorte más nítido de lo local y sus actores, con escasa problematización de las otras escalas que operan en un territorio.

Sin desconocer la significativa contribución de estas propuestas para pensar la cuestión territorial en la política sanitaria, quedan planteadas algunas cuestiones de las cuales dar cuenta en el análisis de lo local y que aluden a cómo se juegan las relaciones intergubernamentales en el territorio, si la escala de los actores se corresponde con la escala de la representación ciudadana, cuál es el rol de las instituciones estatales por sobre el municipio para garantizar el ejercicio efectivo del rol de coordinación. Sin duda se trata de preguntas que trascienden a la cuestión territorial pero que pueden ser ocultadas por estereotipos excesivamente optimistas que jerarquizan lo local sin problematizar las complejas relaciones entre escalas que en estos espacios tienen lugar.

d. Actores difusos en un escenario complejo:

La propuesta de los determinantes sociales focaliza su atención en las condiciones sociales y estructurales que determinan la salud de las personas en los distintos territorios, dejando en un segundo plano los factores de riesgo individual; busca estudiar y actuar sobre las causas de incidencia de enfermedades y problemas de salud en las diferentes poblaciones.

Si bien desde este planteo se da cuenta de la complejidad inherente a las cuestiones sanitarias en los territorios particulares, no se jerarquiza el rol de aquellos actores que intervienen allí de manera más activa. De los documentos se desprende una noción de territorio sin actores explícitos, ya que no hay mención específica a autoridades locales responsables o referencias al sector salud y a sus efectores locales, como así tampoco a sujetos de la comunidad.

“Entendemos que la equidad sanitaria es una responsabilidad compartida que exige que todos los sectores gubernamentales, todos los segmentos de la sociedad y todos los miembros de la comunidad internacional se comprometan con un principio a escala mundial: todos por la equidad y salud para todos.” (OMS, 2011, p.1)

Destacando el salto a la complejidad que esta perspectiva supone para el análisis, define una agenda muy abierta en la que las responsabilidades de los distintos actores del sector quedan diluidas en el conjunto de los determinantes. Los desafíos pasan por la agenda de la coordinación, interjurisdiccionalidad e intersectorialidad en tanto medios para una integralidad de abordaje que la perspectiva de los determinantes demanda.

e. La virtualidad del territorio en la búsqueda de instrumentos de políticas:

La iniciativa en torno al establecimiento de redes de servicios de salud adopta una visión más sistémica y menos fragmentada del territorio, donde distintos flujos de interacción y complementariedad vinculan y articulan un conjunto disperso de servicios y prestaciones de diferente complejidad y/o especialización en un mismo espacio, que esta vez alcanza una escala regional.

En este esquema se resignifica la jerarquía del hospital en su papel para articular y articularse en el conjunto de la red; y en esa dinámica se cualifica a un territorio aún más amplio que recoge la existencia de distintas escalas.

La APS se convierte en la estrategia desde la cual las autoridades regionales y centrales pueden lograr una integración funcional del territorio para las intervenciones sanitarias (OPS/OMS, 2011b).

En esta propuesta el territorio se transforma –siguiendo a Brugué et al (2002) –en un complejo espacio virtual y dinámico, flexible a los intercambios. Las distancias físicas y operativas se relativizan, posibilitando una continuidad adecuada a las necesidades de los procesos de atención de la salud y a una mayor racionalización y optimización de los recursos disponibles.

En esta propuesta los desafíos son menos conceptuales que operativos. Pensar las acciones en salud desde esta perspectiva supone orientar la implementación, el diseño de los instrumentos y las inversiones, considerando a las redes como unidad de intervención.

Los modos de conceptualizar la noción de territorio en el campo de las ciencias sociales fue abandonando visiones espacialistas, proponiendo concepciones que dan cuenta de su carácter histórico. Sin embargo, la sola invitación a desnaturalizar el carácter meramente espacial y dado del territorio no parece ser suficiente para hacerlo operativo como dimensión (territorial) en el análisis de la política sanitaria.

La revisión realizada en este trabajo fue recuperando las nociones de territorio que subyacen a los planteos de la OPS/OMS, organismo que orientó parte de las políticas en la región. Con distinto énfasis y delimitación, estas nociones han buscado poner el foco en los procesos enlazados que se dan entre los actores, la estructura social y el territorio, en el seno de los cuales se inscribe el campo de la política sanitaria.

Aún destacando el aporte de cada perspectiva, el recorrido realizado en este trabajo muestra también las insuficiencias de estos planteos y la necesidad de construir un marco conceptual que, abrevando en la geografía y el análisis de políticas públicas, pueda dar cuenta de la especificidad sanitaria de esta articulación entre actores, estructura social y territorio.

Bibliografía:

- ALMEIDA, C. (2002a). O SUS que queremos: sistema nacional de saúde ou subsector público para pobres?. *Ciencia e Saude Coletiva*, vol.18, no. 4, pp. 417- 437.
- ALMEIDA, C (2002b). Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18 (suplemento), pp. 23-36.
- AMIN, A. (2005). Regiones sin fronteras: hacia una nueva política del lugar. *Ekonomiaz*, no. 58, 1er cuatrimestre.
- ANDRENACCI, L. y REPETTO, F. (2007). Universalismo, Ciudadanía y Estado en la Política Social Latinoamericana. Mimeo.
- BLANCO RESTREPO, J. y MEJÍA, M. (2006). Administración de servicios de salud. Corporación para Investigaciones Biológicas.
- BRUGUÉ, Q., GOMÁ, R. y SUBIRATS, J. (2002). "Conclusiones". En: SUBIRATS, J. (coordinador) *Territorio y Gobierno. Nuevas respuestas locales a los retos de la globalización*, Barcelona, Diputació de Barcelona.
- Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud/OMS (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra.
- DANANI, C. (2009). Tiempos normales, tiempos de crisis: notas urgentes para el largo plazo. *Revista Escenarios*, n 14, noviembre.
- DEMATTEIS, G. y GOVERNA, F. (2005). Territorio y territorialidad en el desarrollo local. La contribución del Modelo SLOT. *Boletín de la A. G. E.*, no 39.
- DEMATTEIS, G. (2002) "De las regiones-área a las regiones-red. Formas emergentes de gobernabilidad regional". En: SUBIRATS, J. (ed) *Territorio y Gobierno. Nuevas respuestas locales a los retos de la globalización*. Barcelona, Diputació de Barcelona.
- Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud (2005) *Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para al acción*.
- FLEURY, S. (2001). "¿Universal o dual? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina: Chile, Brasil y Colombia". En: MOLINA, C. y NUÑEZ DEL ARCO, J.(org) *Servicios de Salud en América Latina y Asia*. Washington DC, BID.
- FLEURY, S. (2009). Salud y democracia en Brasil. Valor público y Capital Institucional en el Sistema Único de Salud. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, vol.3, no. 2, pp.147-157.
- FORTI, S. (2009). La APS como ordenadora del sistema de salud: ventajas y desventajas de una puerta preferencial. *Intercambio EUROSOCIAL Salud III*.
- GUDYNAS, E.; GUEVARA, R. y ROQUE, F. (2008). Un nuevo contexto político. En: GUDYNAS, E.; GUEVARA, R. y ROQUE, F. (coord) *Heterodoxos. Tensiones y posibilidades de las políticas sociales en los países progresistas de América del Sur*. Montevideo, CLAES (Centro Latinoamericano de Ecología Social).
- GUTIÉRREZ, G. (1991). Los sistemas locales de salud: una transición de la respuesta social organizada. *Salud Pública De México*, vol.33, no.6, pp. 617-22.

- LAIONDE, M.(1981). A New Perspective on the Health of Canadians. Minister of National Health and Welfare. [<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>]
- LLORCA, E.; Amor, M.; Merino, B.; Márquez, F.; Gómez, F. y Ramirez, R. (2010). Ciudades saludables: Una estrategia de referencia en las políticas locales de salud pública. Gaceta Sanitaria Barcelona - España vol. 24, no.6, pp. 435-436. <http://scielo.isciii.es/pdf/ga/v24n6/editorial.pdf>
- OMS (1974). 27ª Asamblea Mundial de la salud, mayo.
- OMS (1978). Declaración de Alma Ata. Conferencia internacional sobre Atención primaria de salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre.
- OMS (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de la salud, más necesaria que nunca.
- OMS (2011). Declaración política de Río sobre los determinantes sociales de la salud, Río de Janeiro, Brasil, 21 de octubre.
- OPS/OMS (1991). Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, SILOS-10, Resolución XV-XXXIII Consejo Directivo
- OPS (2003). Seminario-taller Internacional sobre Atención Primaria de Salud: a 25 años de Alma Ata.
- OPS/OMS (2005). Municipios, ciudades y comunidades saludables. Recomendaciones para la evaluación dirigidas a los responsables de las políticas en las Américas. Unidad de Entornos Saludables Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental.
- OPS (2005). Renovación de la Atención Primaria de la Salud en Las Américas. Washington D.C.
- OPS/OMS (2006). Hoja de Ruta para contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en los Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables.
- OPS (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C.
- OPS (2008). Primera Reunión del Foro Regional de Salud Urbana de la OPS. Hacia un marco conceptual de salud urbana y agenda para la acción en las Américas, México DF.
- OPS/OMS (2008). Sistemas Integrados de Servicios de salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington D.C.
- OPS/OMS (2011a). Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana. 148 Sesión del Comité Ejecutivo, Washington, D. C.
- OPS/OMS (2011b). Inovando o papel da atencao primaria nas redes de atencao a saúde,
- PAGANINI, J. (1999). "Los sistemas locales de salud: una estrategia para favorecer la cobertura y la equidad en salud". En: BENGUGUI, Y; LAND, S; PAGANINI, J.M.; YUNES, J. Acciones de salud materno-infantil a nivel local: según las metas de la Cumbre Mundial en favor de la infancia. Washington DC: OPS.
- PAGANINI, J. (2008). "La gestión local, la descentralización y los Sistemas Locales de Salud". En: Chiara, M.; Divirgilio, M. y Miraglia, M. (org) Gestión Local en Salud: conceptos y experiencias. Los Polvorines, UNGS.
- PAGANINI, J. y PRACILIO, H. (2000). Los sistemas locales de salud: un camino hacia la equidad. La Plata, MGF21, Publicación INUS, Facultad de Ciencias Médicas, UNLP.

ROZENBLAT, E. (2007). "Atención Primaria de la salud y gestión. Un enfoque de integración y acción". En: MACEIRA, D. (compilador) Atención Primaria en Salud. Enfoques interdisciplinarios. CEDES/PAIDOS.

SOJO, A. (2011). Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas. *Ciencia & Saúde Coletiva*, vol.16, no.6, pp. 2673-2685.

TOBAR, F.; GÜRTLER, R.; YADÓN, Z. y MEDICI, A. (2006). "Introducción". En: YADÓN, Z.; GÜRTLER, R.; TOBAR, F. y MÉDICI, A. Descentralización y gestión del control de las enfermedades transmisibles en América Latina. Buenos Aires, OPS.

TOBAR, F. y ANIGSTEIN, C. (2008). Hacia una nueva teoría de los Municipios y Comunidades Saludables. Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud - Universidad ISALUD.

VERGARA, R. (2000). Instituciones y políticas de gobierno: una mirada al caso de las políticas contra la pobreza en México, V Congreso CLAD, Sto. Domingo.



El sistema sanitario de Malvinas Argentinas representa un caso paradójico de la descentralización en salud. Este municipio del Gran Buenos Aires, creado en 1995 sobre un área con alta concentración de población en situación de pobreza, en menos de quince años amplió exponencialmente su estructura sanitaria. Esto le permitió consolidar su autonomía y trascender los límites del municipio en base a un esquema de financiamiento que saca provecho del vínculo con la seguridad social y de la coparticipación provincial. A contramano de las recomendaciones dominantes para la organización de los sistemas de salud, este caso muestra la construcción de un sistema desde el nivel local asentado en la oferta hospitalaria y la alta complejidad. La secretaria de salud del municipio logró alinear a los actores locales y construir la viabilidad de un “modelo” anclado en la flexibilización de los recursos humanos y la tercerización de servicios. Este trabajo busca reconstruir las condiciones de su surgimiento y las orientaciones de la política sanitaria en el nivel macro institucional, así como analizar las continuidades y rupturas de esta política en las prácticas de la atención en los centros de salud.

